

anales de psicología, 1994, 10(2), 167-175

TEMA MONOGRÁFICO: EMOCIÓN Y SALUD

Emoción y cirugía

Jenny Moix Queraltó*

Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen: Uno de los pilares básicos en el que se sustenta la Psicología de la Salud consiste en el reconocimiento científico de la influencia de la emoción sobre la salud. Cada día son más numerosos los trastornos de salud que se comprueba están afectados por procesos emocionales. En el presente artículo nos centramos en cómo los procesos emocionales, principalmente la ansiedad, pueden afectar a la recuperación postquirúrgica. Igualmente describimos las técnicas psicológicas que se han mostrado efectivas para reducir dicha ansiedad y para facilitar la convalecencia.

Palabras Clave: ansiedad prequirúrgica, recuperación postquirúrgica, Psicología de la Salud.

Title: Emotion and Surgery.

Abstract: Scientific admission of the emotion influence on health is one of the main supports on which Health Psychology is based. The empirical evidence which indicates health trastorns affected by emotional processes is increasing day by day. In this paper we pay special attention on how emotional processes, specially anxiety, affect postsurgical recovery. We also describe some effective psychological techniques to reduce anxiety and to facilitate recovery

Key words: presurgical anxiety, postsurgical recovery, Health Psychology

Introducción

Ya en los escritos de los antiguos filósofos griegos podemos encontrar reflexiones en torno a la influencia de los estados emocionales sobre la salud, aunque no ha sido hasta el presente siglo cuando se ha empezado a comprobar de forma experimental. El reconocimiento de esta influencia ha constituido uno de los pilares principales en el que se sustenta la Psicología de la Salud.

En esta disciplina cada vez son más numerosos los trastornos que a través de técnicas psicológicas se intentan prevenir, paliar o tratar. Este incremento en la utilización de técnicas psicológicas se debe a que las alteraciones que se comprueba están afectadas por procesos emocionales van en aumento. Mientras en un principio se creía que sólo era en las llamadas enfermedades psicosomáticas (úlceras de estómago, migrañas, etc.) donde

los componentes emocionales jugaban un papel importante, actualmente se reconoce que trastornos tan "orgánicos" como el Cáncer o el SIDA también pueden estar afectados por los mismos. Ello explica por qué la Psicología de la Salud se está especializando en el tratamiento de más alteraciones.

Recientemente en nuestro país, la Psicología de la Salud ha incorporado una nueva "especialización". Se trata de la facilitación de la recuperación postquirúrgica mediante técnicas psicológicas.

El estudio de la facilitación de la recuperación postquirúrgica desde una perspectiva psicológica constituye un avance para la Psicología de la Salud española por varios motivos.

En primer lugar, debemos tener en cuenta que en los hospitales generales la mayoría de los pacientes están ingresados para someterse a algún tipo de intervención quirúrgica, por tanto si pretendemos que el psicólogo sea un miembro más en los equipos médicos de los hospitales españoles, es necesario que adquiera conocimientos sobre los aspectos psicológicos de los pacientes quirúrgicos,

*

Dirección para correspondencia: Jenny Moix Queraltó. Laboratorio de Conducta. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Apartado 29. 08193-Bellaterra, Barcelona.
© Copyright 1994: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Artículo recibido: 17-10-94, aceptado: 31-10-94.

especialmente cómo disminuir su ansiedad y facilitar su recuperación.

Otro aspecto que debemos tener en cuenta para valorar la importancia de este campo de trabajo es que el tratamiento psicológico de los pacientes quirúrgicos en los hospitales, no sólo supone un beneficio humano (disminución de la ansiedad, dolor, etc.), sino también un beneficio económico. Como veremos más adelante, la aplicación de técnicas psicológicas al paciente quirúrgico suele reducir su estancia hospitalaria, si consideramos el alto coste de un día en el hospital; es fácil deducir que la aplicación de las mismas comporte beneficios económicos. Además la disminución de la estancia hospitalaria podría contribuir a solucionar el problema de las largas listas de espera que sufren los hospitales de nuestro país.

Asimismo, como comentan Martínez-Sánchez y Valiente (1994), el tratamiento del paciente quirúrgico, que se basa en gran medida en proporcionar información al paciente, es también necesario por motivos judiciales dado que el consentimiento informado se ha convertido en un derecho del paciente.

Dado que, por todas las razones expuestas, consideramos interesante que el psicólogo de la Salud esté capacitado para tratar al paciente quirúrgico, el objetivo del presente estudio es realizar una primera aproximación a los principales conocimientos que existen en esta área. Concretamente trataremos tres grandes puntos:

- Influencia del estado emocional prequirúrgico en la recuperación postquirúrgica.
- Mecanismos conductuales y fisiológicos responsables de esta influencia.
- Técnicas psicológicas para reducir la ansiedad prequirúrgica y facilitar la recuperación.

Influencia del estado emocional prequirúrgico en la recuperación postquirúrgica

La recuperación del paciente una vez operado depende principalmente de dos factores: el estado de su organismo antes de la intervención y la complejidad de la misma. Cuanto peor sea el estado físico del paciente y más compleja la intervención a la

que ha de someterse, más probable será que su convalecencia sea larga y difícil. Un tercer factor que también parece incidir en la recuperación del paciente es su estado psicológico antes de la operación. Esto es, los pacientes con un mejor estado psicológico prequirúrgico son los que mejor se recuperan.

Ante esta afirmación nos podemos preguntar: ¿Qué significa un mejor estado psicológico? ¿Cuáles son concretamente los factores psicológicos que parecen afectar a la convalecencia? Las variables psicológicas predictoras de la recuperación son muchas. A continuación vamos a enumerar las más estudiadas.

Optimismo. Scheier, Matthews, Owens, Magovern, Lefebvre, Abbott y Carver (1989), en un estudio realizado con 51 hombres que debían someterse a un *By-pass* coronario, observaron que los hombres más optimistas fueron los que necesitaron menos días para ser dados de alta y para volver a sus actividades cotidianas, asimismo fueron los que presentaron mayor calidad de vida tras la operación.

Expectativas. Jamison, Parris y Maxson (1987) llevaron a cabo una investigación con 50 mujeres que debían someterse a una laparoscopia comprobando que las mujeres con mayores expectativas de dolor, malestar y debilidad fueron las que sufrieron un mayor número de estos síntomas, así como mayor depresión e irritabilidad.

Fe. Según un estudio llevado a cabo por un grupo de especialistas en salud mental de Chicago, las mujeres de edad avanzada que poseen una fuerte convicción religiosa tienen una recuperación más rápida y una menor tendencia a la depresión tras ser sometidas a cirugía por una fractura de cadera (Vanguardia, 18/1/91).

Compañeros de habitación. Dos investigaciones han puesto de relieve que los sujetos que comparten la habitación con una persona ya operada disfrutan de una más fácil recuperación que aquéllos que la comparten con alguien que todavía no ha sido intervenido (Kulik y Mahler, 1987; Kulik, Moore y Mahler, 1993).

Tipo de habitación. Ulrich (1984) comprobó, en un estudio realizado con 46 pacientes que debían

someterse a una colecistectomía, que aquéllos que se encontraban en una habitación con vistas a un paisaje natural necesitaron menos analgésicos y menos días para ser dados de alta.

Control. A partir de un trabajo realizado por Mahler y Kulik (1990), con 75 hombres que debían intervenirse quirúrgicamente (by-pass coronario), se pudo observar que los pacientes que antes de la operación percibieron tener más control sobre su posterior recuperación necesitaron menos días para restablecerse.

Apoyo social. El apoyo social, evaluado a partir del número de visitas por parte de la pareja del paciente, reduce el dolor y la estancia hospitalaria (Kulik y Mahler, 1989).

Si nos fijamos detenidamente en la lista de variables expuesta, podemos extraer dos tipos de conclusiones:

1ª. Si, como hemos visto, las variables enumeradas afectan a la recuperación, y el objetivo del Psicólogo de la Salud es intentar facilitarla, entonces el psicólogo deberá conocerlas a fondo para realizar eficazmente su labor hospitalaria. En nuestra opinión, algunas de las tareas que debe realizar el psicólogo dentro del hospital en las que ha de tener en cuenta estas variables son:

Diseño de técnicas psicológicas para mejorar la convalecencia. Basándonos en los resultados de los estudios anteriores, estas técnicas deberían ir dirigidas, por ejemplo, a aumentar el optimismo, mejorar las expectativas, etc.

Modificación de la rutina hospitalaria. Otra misión del psicólogo debería consistir en intentar mejorar aquellos aspectos de la rutina hospitalaria que perjudiquen el bienestar del enfermo. Para esta tarea, algunas de las variables citadas también deberían tenerse en cuenta. Así por ejemplo, el psicólogo debería asesorar sobre cómo asignar las habitaciones a los pacientes o sobre cómo debería ser el régimen de visitas.

Participación en el diseño arquitectónico del hospital. Aunque cada vez nos estamos poniendo en un plano más utópico, si el objetivo del psicólogo es facilitar la recuperación, una de sus tareas debería ser la participación en el diseño arquitecto-

tónico del hospital. Por ejemplo, a raíz de algunas de las variables que hemos comentado, el psicólogo podría proponer que en los hospitales hubiera un espacio para prácticas religiosas dado que rezar es una técnica de afrontamiento que consigue buenos resultados en personas muy creyentes. O también podría aconsejar sobre la decoración de la habitación para facilitar la distracción o relajación de los pacientes.

2ª. Un segundo tipo de conclusión que podemos extraer si nos fijamos en la lista de variables expuesta, es que todas ellas son factores estrechamente ligados a la ansiedad. Esto es, si los pacientes más optimistas son los que mejor se recuperan probablemente será porque son los que sufren menor ansiedad, o si por ejemplo los pacientes que comparten su habitación con enfermos ya operados son los que disfrutan una mejor convalecencia es posiblemente porque les tranquiliza poder observar otras personas que han superado con éxito una intervención quirúrgica. Este tipo de razonamiento lo podríamos extender a todas las variables citadas, por consiguiente podríamos pensar que la ansiedad es la variable clave. De hecho es la variable que ha sido más estudiada como predictora de la recuperación.

Partiendo de esta segunda conclusión, no podemos acabar este apartado sin añadir a la lista expuesta **la ansiedad prequirúrgica** como principal predictora de la recuperación. En general, se ha mostrado que la ansiedad prequirúrgica puede afectar a diferentes indicadores de recuperación como: el dolor, la toma de analgésicos y sedantes, la adaptación psicológica, la duración de la estancia hospitalaria, las náuseas, las complicaciones, la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal o la presión sanguínea.

Mecanismos conductuales y fisiológicos responsables de la influencia de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación postquirúrgica

En el apartado anterior hemos afirmado que la ansiedad prequirúrgica influye en la recuperación. Llegados a este punto nos podemos preguntar: ¿Por qué los sujetos más ansiosos son los que peor

se recuperan?. En otras palabras, ¿Cuáles son los mecanismos responsables de la influencia de la ansiedad en la convalecencia?

Algunas hipótesis y datos a este respecto apuntan hacia la existencia de dos tipos de mecanismo para explicar esta influencia: los conductuales y los fisiológicos.

Mecanismos conductuales. Muchos de los indicadores de recuperación que hemos ido mencionando pueden depender, en gran medida, del comportamiento del enfermo, por ejemplo, la toma de analgésicos y sedantes. Normalmente, cuando la administración de analgésicos y sedantes no está pautada, las enfermeras los suministran cuando los pacientes se quejan. Quizás los pacientes ansiosos son los que más se quejan y por ello reciben más analgésicos.

Otro indicador que podríamos pensar depende, en cierta medida, del comportamiento del paciente es la duración de la estancia hospitalaria. Es posible que los pacientes con más ansiedad sean los que manifiesten de forma más acusada sus preocupaciones sobre su estado, retrasando, de esta forma, la decisión de los médicos respecto al alta.

Hay otros comportamientos que también pueden determinar, en parte, cómo será la convalecencia. Por ejemplo, podemos pensar que la forma en que los enfermos siguen los consejos médicos puede influenciar en cómo se recuperan. A este respecto, podemos hipotetizar que los pacientes más nerviosos son los que peor siguen las instrucciones de los médicos y por ello son los que tardan más en recuperarse.

Mecanismos fisiológicos. Partiendo de que la ansiedad corre paralela a una activación fisiológica de los sistemas autonómico, neuroendocrino e inmunitario (Valdés y De Flores, 1985), una segunda hipótesis es que la ansiedad afecta a la recuperación a través de esta activación. Aunque todavía son pocas las investigaciones que han intentado comprobar esta hipótesis, los resultados hallados parecen corroborarla.

Por ejemplo, Holden-Lund (1988) llevó a cabo un estudio en el que la mitad de los pacientes, con el fin de reducir su ansiedad, practicaron la relajación y ejercicios de imaginación sobre la cura-

ción de la herida. Estos pacientes comparados con un grupo control, no sólo presentaron menos ansiedad sino que también presentaron niveles inferiores de cortisol y tuvieron menos eritemas en la herida. Podemos hipotetizar que la curación de la herida fue más fácil en el grupo experimental porque presentó menos niveles de cortisol debido, a su vez, a su menor ansiedad.

Los trabajos de Linn, Linn y Klimas (1988 a y b), entre otros, corroboran igualmente la hipótesis de mediación fisiológica. En estos dos trabajos se pudo comprobar que los pacientes con más estrés prequirúrgico fueron los que tuvieron una respuesta inmunitaria inferior y los que presentaron más complicaciones.

Técnicas psicológicas para reducir la ansiedad prequirúrgica y facilitar la recuperación postquirúrgica

Dado que, como hemos visto en los apartados anteriores, la ansiedad, ya sea a través de mecanismos conductuales o fisiológicos, afecta a la recuperación postquirúrgica, se han realizado numerosas investigaciones con el fin de diseñar técnicas psicológicas dirigidas a disminuir esta emoción y así facilitar la recuperación postquirúrgica.

Uno de los primeros trabajos, ya clásico, en el que se observó la importancia del "tratamiento psicológico" para facilitar la recuperación fue el realizado por Egbert, Battit, Welch y Bartlett en 1964. En este estudio se comprobó que un grupo de pacientes que había recibido la visita del anestesista el día antes de la operación, comparado con un grupo al que sólo se le había administrado barbitúricos, necesitó menos días para recuperarse, menos analgésicos y sufrió menos ansiedad.

Desde el estudio de Egbert y colaboradores, las investigaciones que se han realizado con el fin de comprobar la eficacia de las técnicas psicológicas para reducir la ansiedad y facilitar la convalecencia han sido numerosas (véase, López-Roig, Pastor y Rodríguez-Marín, 1993).

Las técnicas psicológicas empleadas son muy variadas. En este apartado intentaremos describir las agrupándolas en cinco grandes grupos (esta agrupación la debemos considerar meramente didáctica).

Técnicas Cognitivas

En este apartado incluiremos aquellas técnicas cuyo principal objetivo ha consistido en alejar los pensamientos negativos respecto a la operación y cuyo procedimiento para alcanzar dicho objetivo no se ha basado en técnicas conductuales sino más bien en métodos cognitivos.

Apoyo psicológico. Llamamos técnica de apoyo psicológico a aquella que se basa principalmente en crear un clima de confianza para poder hablar con el paciente de forma distendida sobre sus preocupaciones acerca de la operación. Aunque de todas la técnicas que describiremos en este apartado, esta técnica es la menos estructurada, también se consigue mediante su aplicación una facilitación de la recuperación (Moix, Casas, López, Quintana, Ribera y Gil, 1993; Shindler, Shook y Schwartz, 1989; Viney, Clarke, Bunn y Benjamin, 1985).

Distracción cognitiva. Esta técnica fue usada en el estudio de Pickett y Clum (1982). Según la descripción de estos autores, la técnica consistió en la asociación de 10 imágenes de la operación seguidas de 10 imágenes que dirigían la atención del paciente a una situación relajante. Los efectos conseguidos fueron: la reducción de la ansiedad y del dolor.

Recordar. Esta técnica se utilizó en la investigación de Rybarczyk y Auerbach (1990) con gente mayor de 65 años y consistió: o en recordar acontecimientos pasados positivos; o bien, en recordar ocasiones en las que gracias a la habilidad del sujeto se había superado con éxito algún obstáculo. Ambos procedimientos se mostraron efectivos. Los beneficios consistieron en la disminución de la presión sanguínea y la disminución de la ansiedad.

Imaginación guiada. Durante la imaginación guiada, el paciente ha de realizar un viaje mental por todo el cuerpo hasta la herida y una vez allí imaginarse el proceso normal de curación. Esta técnica junto con la relajación, como ya hemos mencionado en otro apartado, se utilizó en el es-

tudio de Holden-Lund (1988). Los resultados indicaron que los pacientes a los que se les aplicó esta terapia sufrieron menos ansiedad, liberaron menos cortisol y presentaron menos eritemas en la herida.

Hipnosis. La hipnosis es otra de las técnicas que se ha utilizado en el ámbito de la cirugía. En este campo se utiliza sobre todo con el fin de tranquilizar al paciente antes de la operación y también para sugestionarlo de que la misma va a ser un éxito y que la recuperación será fácil y rápida. Esta técnica incluso se ha utilizado con el fin de disminuir la cantidad de anestesia necesaria para la intervención (Rauscher, 1985). Los beneficios conseguidos mediante la hipnosis son muchos, como la disminución de: la ansiedad, los analgésicos, los días de estancia hospitalaria, las complicaciones, etc. (Véase la revisión de Blankfield, 1991).

Técnicas Conductuales

El objetivo de las técnicas conductuales es la colaboración activa del paciente en su recuperación. Para ello se dan al paciente instrucciones comportamentales específicas.

Relajación. Habitualmente, se entrena al paciente en relajación antes de la intervención quirúrgica y se le anima a que la practique diariamente durante su convalecencia. Los beneficios conseguidos mediante esta técnica son muchos (Leserman, Stuart, Mamish y Benson, 1989; Manyande, Chayen, Priyakumar, Smith, Hayes, Higgins, Kee, Phillips y Salmon, 1992; Markland y Hardy, 1993): disminución de la ansiedad, reducción de la toma de analgésicos, disminución de la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca, etc.

Modelamiento. Esta técnica se utiliza principalmente en niños. Consiste, normalmente, en la visualización de un vídeo donde se muestra a un niño afrontando correctamente las diferentes etapas de la hospitalización. Este método ha resultado efectivo para reducir la ansiedad y las conductas problemáticas que suelen mostrar los niños (Melamed y Siegel, 1975; Pinto y Hollansworth, 1989). Dado que el comportamiento y ansiedad de los niños dependen estrechamente de la ansiedad que muestran sus padres, el modelamiento

también se ha utilizado con estos últimos. Esto es, lo padres visualizan una película donde se puede observar no sólo a un niño sino también a sus padres afrontando correctamente la situación quirúrgica. Utilizando esta técnica se ha podido comprobar que los niños presentan menos conductas maladaptativas y los padres menos estrés durante la hospitalización (Zastowny, Kirschbaum y Meng, 1986).

Suministro de instrucciones conductuales específicas para facilitar la recuperación. Las instrucciones conductuales que se facilitan a los pacientes dependen mucho del tipo de operación a la que han de someterse. Sin embargo, en general podríamos decir que éstas suelen hacer referencia a cómo el paciente debe: moverse después de la intervención, toser, y respirar profundamente. Aunque muchos de estos consejos ya suelen darse por parte de las enfermeras o médicos, éstos no las suelen facilitar de forma tan sistemática y prestando tanta atención al factor motivación para llevarlas a cabo como cuando estas instrucciones forman parte de técnicas psicológicas. Los beneficios que se obtienen al suministrar estas instrucciones son difíciles de evaluar puesto que normalmente dichas instrucciones forman parte de técnicas paquete donde se combinan diferentes métodos para facilitar la recuperación.

Técnicas Informativas

La técnica más utilizada con pacientes quirúrgicos se basa en informar a los pacientes acerca de la operación y la hospitalización. Esta técnica posee diferentes modalidades que vienen determinadas por cómo y qué tipo de información se facilita.

Respecto a la forma de suministrar información, ésta se puede facilitar a través de folletos, cassettes, vídeos o mediante la simple conversación.

En cuanto al contenido, existen dos clases de información. Una es la que hace referencia al procedimiento. Es decir, se informa al paciente sobre la naturaleza de las diferentes fases: pre, intra y postquirúrgica. El segundo tipo de información se centra en las sensaciones que probablemente el paciente sentirá como: el dolor, la somnolencia, rigideces, etc. Evidentemente, en muchos casos la

información hace tanto referencia al procedimiento como a las sensaciones.

La eficacia de las técnicas informativas depende en gran medida del estilo de afrontamiento de los pacientes. Diversas investigaciones (Auerbach, Martinelli y Mercuri, 1983; Greene, Zeichner, Roberts, Callahan y Granados, 1989; Ludwick-Rosental y Neufeld, 1993; Miller y Mangan, 1983; Shipley, Butt, Horwith y Fabry, 1978; Shipley, Butt y Horwitz, 1979) demuestran que la información produce efectos beneficiosos a los pacientes "vigilantes" (sujetos que normalmente intentan superar las situaciones estresantes obteniendo la máxima información sobre las mismas) mientras que incluso puede provocar efectos contraproducentes en personas "evitadoras" (sujetos que no suelen querer ningún tipo de información intentando superar la ansiedad sin pensar en el problema).

Técnicas Combinadas

En los apartados anteriores hemos comentado técnicas de un sólo componente, pero en muchos casos estos componentes se combinan. Así podemos utilizar por ejemplo la relajación junto con técnicas informativas, apoyo psicológico más instrucciones conductuales, etc. Una técnica que podemos considerar combinada ya que incluye tanto elementos cognitivos como conductuales es la "*Inoculación al estrés*" que igual que en otros ámbitos también se aplica en cirugía, mostrándose efectiva (Amir, Zlotogorski y Isac, 1990; Wells, Howard, Nowlin y Vargas, 1986).

Técnicas Intraoperatorias

Dentro de esta categoría encontramos técnicas muy distintas a las descritas hasta el momento, puesto que éstas se aplican durante el periodo intraoperatorio mientras el paciente se encuentra totalmente anestesiado.

Esta técnicas se basan en la idea de que es posible el procesamiento de la información durante la anestesia general. De hecho varios estudios confirman esta hipótesis (véase la recopilación de Bonke, Fitch y Millar, 1990).

Uno de los estudios realizados a este respecto

es el de Jelacic, Wolters, Bonke y Phaf (1992). Esta investigación se llevó a cabo con 81 pacientes que debían ser sometidos a una intervención bajo anestesia general. Estos pacientes fueron asignados al azar a dos grupos: al experimental, durante la anestesia, se le presentó a través de auriculares dos nombres de frutas (pera y banana) y dos nombres de colores (amarillo y verde) repetidamente; al grupo control sólo se le presentaron sonidos del mar. Una vez despertados de la anestesia, se les preguntó si recordaban algo de lo sucedido durante la intervención. Como podemos suponer, ningún paciente recordaba nada de lo ocurrido. Cuando se les pidió que dijeran los primeros nombres de frutas y colores que "les vinieran a la cabeza", el grupo experimental señaló, de forma significativa, un mayor número de veces los nombres presentados durante la anestesia que el grupo control.

Si, como el estudio anterior parece indicar, existe algún tipo de procesamiento de la información durante la anestesia, es lógico que se hayan diseñado técnicas terapéuticas basadas en este descubrimiento. Estas técnicas consisten en facilitar sugerencias de una fácil y rápida recuperación, normalmente mediante auriculares, mientras el paciente está anestesiado.

Uno de los trabajos en el que se comprueba que este tipo de técnicas es eficaz es el de Evans y Richardson (1988). Estos autores utilizaron el método de las sugerencias intraoperatorias con 39 mujeres que debían someterse a una histerectomía. Estas mujeres fueron repartidas al azar en dos grupos: al grupo experimental se le facilitó sugerencias terapéuticas a través de auriculares; al gru-

po control también se le colocaron auriculares pero el cassette no contenía ningún mensaje. Los resultados indicaron que las mujeres del grupo experimental estuvieron menos días en el hospital, presentaron menos fiebre, sufrieron menos trastornos intestinales y fueron evaluadas como más recuperadas por parte de las enfermeras.

Todavía son pocas las investigaciones realizadas en esta línea y, en algunos casos, los resultados son contradictorios. Por ello, aunque aun es pronto para sugerir que se incorporen estas técnicas en la rutina hospitalaria, los resultados son suficientemente alentadores para proseguir los estudios en este campo.

Conclusiones

Del presente artículo se pueden extraer tres conclusiones generales:

- 1) Los factores psicológicos, especialmente la ansiedad, afectan a la recuperación postquirúrgica. Los pacientes más ansiosos son los que sufren una recuperación más larga y difícil.
- 2) Los mecanismos por los cuales la ansiedad afecta a la recuperación son de dos tipos: conductuales y fisiológicos.
- 3) Las técnicas psicológicas empleadas con pacientes quirúrgicos parecen ser efectivas para reducir la ansiedad prequirúrgica y facilitar la recuperación (Véase el meta-análisis de Johnston y Vögele, 1993).

Referencias bibliográficas

- Amir, M., Zlotogorsky, Z. y Isac, M. (1990). Psychological preparation for surgery. *Cognitive Therapy*, 119, 419-421.
- Auerbach, S.M., Martinelli, M.F. y Mercuri, L.G. (1983). Anxiety, information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1284-1296.
- Blankfield, R.P. (1991). Suggestion, relaxation, and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: a review of the literature. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 172-185.
- Bonke, B., Fitch, W. y Millar, K. (1990). *Memory and awareness in anaesthesia*. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.

- Egbert, L.L., Battit, G.E., Welch, C.E. y Bartlett, M.K. (1964). Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *New England Journal of Medicine*, 270, 825-827.
- Evans, C. y Richardson, P.H. (1988). Improved recovery and reduced postoperative stay after therapeutic suggestions during general anaesthesia. *The Lancet*, 27, 491-493.
- Greene, P.G., Zeichner, A. Roberts, N.L., Callahan, E.J. y Granados, J.L. (1989). Preparation for cesarean delivery: a multicomponent analysis of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 484-487.
- Holden-Lund, C. (1988). Effects of relaxation with guided imagery on surgical stress and wound healing. *Research in Nursing & Health*, 11, 235-244.
- Jamison, R.N., Parris, W.C.V. y Maxson, W.S. (1987). Psychological factors influencing recovery from outpatient surgery. *Behavioral Research and Therapy*, 25, 31-37.
- Jelicic, M., Bonke, B., Wolters, G. y Phaf, R.H. (1992). Implicit memory for words presented during anaesthesia. *European Journal of Cognitive Psychology*, 4, 71-80.
- Johnston, M. y Vögele, C. (1993). Benefits of psychological preparation for surgery: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 15, 245-256.
- Kulik, J. y Mahler, H.I.M. (1987). Effects of preoperative roommate assignment on preoperative anxiety and recovery from coronary-bypass surgery. *Health Psychology*, 6, 525-543.
- Kulik, J.A. y Mahler, H.I.M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, 8, 221-238.
- Kulik, J.A., Moore, P.J. y Mahler, H.I.M. (1993). Stress and affiliation: hospital roommate effects on preoperative anxiety and social interaction. *Health Psychology*, 12, 118-124.
- Leserman, J., Stuart, E.M., Mamish, M.E. y Benson, H. (1989). The efficacy of the relaxation response in preparing for cardiac surgery. *Behavioral Medicine*, 111-117.
- Linn, B.S., Linn, M. y Klimas, N.G. (1988a). Effects of psychophysical stress on surgical outcome. *Psychosomatic Medicine*, 50, 230-244.
- Linn, B.S., Linn, M.W. y Klimas, N. (1988b). Impact of preoperative stress in immune function and surgical outcomes in head and neck cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 50, 201.
- López-Roig, S., Pastor, M. y Rodríguez-Marín, J. (1992). Preparación psicológica para la cirugía. En F.X. Méndez, D. Maciá y J. Olivares (Eds.). *Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados a la prevención*. Madrid: Pirámide.
- Ludwick-Rosental, R. y Neufeld, R. (1993). Preparation for undergoing an invasive medical procedure: interacting effects of information and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 156-164.
- Mahler, K.I.M. and Kulik, J.A. (1990). Preferences for health care involvement, perceived control and surgical recovery: a prospective study. *Social Science and Medicine*, 31, 743-751.
- Manyande, A., Chayen, Priyakumar, P., Smith, C.C.T., Hayes, M., Higgins, D. Kee, S., Phillips, S. Y Salmon, P. (1992). Anxiety and endocrine responses to surgery: paradoxical effects of preoperative relaxation training. *Psychosomatic Medicine*, 54, 275-287.
- Markland, D. y Hardy, L. (1993). Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 493-504.
- Martínez-Sánchez, F. y Valiente, J. (1994). Marcadores fisiológicos y psicológicos de la ansiedad prequirúrgica. *Cirugía Española*, 56, 2, 140-144.
- Melamed, B.G. y Siegel, L.J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.
- Miller, S.M. y Mangan, C.E. (1983). Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: should the doctor tell all?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 23-236.
- Moix, J., Casas, J.M., López, E., Quintana, C., Ribera, C. y Gil, A. (1993). Facilitación de la recuperación postquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. *Control de Calidad Asistencial*, 8, 13-17.
- Pickett, C. y Clum, G.A. (1982). Comparative treatment strategies and their interaction with locus of control in the reduction of postsurgical pain and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 439-441.
- Pinto, R.P. y Hollandsworth, J.G. (1989). Using videotape modeling to prepare children psychologically for surgery: influence of parents and costs versus benefits of providing preparation services. *Health Psychology*, 8, 79-95.
- Rauscher, E.A. (1985). Psi applications: alternative healing techniques in Brazil: observations of a well known Brazilian psychic surgeon. *PSI Research*, 4, 57-65.
- Rybarczyk, B.D. y Auerbach, S.M. (1990). Reminiscence interviews as stress management interventions for older patients undergoing surgery. *The Gerontological Society of America*, 30, 522-528.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Graig, R., Abbott, R.S. Carver, C.S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Schindler, B.A., Shook, J., y Schartz, G.M. (1989). Beneficial effects of psychiatric intervention on recovery after coronary artery bypass graft surgery. *General Hospital Psychiatry*, 11, 358-364.
- Shipley, R.H., Butt, J.H. y Horwitz, E.A. (1979). Preparation to reexperience a stressful medical examination: effect of repetitious videotape exposure and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 485-492.
- Ulrich, R.S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, 420-421.
- Valdés, M. y De Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Viney, L.L., Clarke, A.M., Bunn, T.A. y Benjamin, Y.N. (1985). The effect of a hospital-based counseling service on the physical recovery of surgical and medical patients. *General Hospital Psychiatry*, 7, 294-301.

- Wells, J.K., Howard, G.S., Nowling, W.F. y Vargas, M.J. (1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: effects of a stress inoculation procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 831-835.
- Zastowny, T.R., Kirschenbaum, D.S. y Meng, A.L. (1986). Coping skills training for children: effects on distress before, during, and after hospitalization for surgery. *Health Psychology*, 5, 231-247.

